



MINISTERUL FAMILIEI, TINERETULUI
ȘI EGALITĂȚII DE ȘANSE

Anexa 1.

**Cerere de înscriere
în Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor
singure, pentru creșterea natalității**

Subsemnatul(a),, cetățean român,
identificat(ă) cu C.I./B.I. seria nr., eliberată de....., la data
de, C.N.P., domiciliat(ă) în
..... /cu reședința,
telefon....., email.....,

Subsemnatul(a),, cetățean român,
identificat(ă) cu C.I./B.I. seria nr., eliberată de....., la data
de, C.N.P., domiciliat(ă)
în..... /cu reședința,
telefon....., email..... ,

solicit/solicităm includerea în *Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a
persoanelor singure, pentru creșterea natalității.*

Menționez/menționez că **îndeplinesc/îndeplinim cumulativ următoarele condiții:**

- Sunt/suntem domiciliați în România;
- Sunt/suntem cetățean/cetățeni român/români;
- Am vârsta cuprinsă între 20 – 45 ani;
- Nu am mai beneficiat/ nu beneficiaz de alt program cu același scop, finanțat din fonduri
publice, derulat în anul în curs, la nivel local sau central;

Adresa de corespondență:
Strada Romulus nr. 6, sector 2
Tel: +4 021 312 23 87 Email: relatiipublice@mfamilie.gov.ro
www.mfamilie.gov.ro



MINISTERUL FAMILIEI, TINERETULUI
ȘI EGALITĂȚII DE ȘANSE

- Dețin un document din care să rezulte diagnosticul de infertilitate/o afecțiune incompatibilă cu reproducerea pe cale naturală, precum și indicația medicală pentru realizarea procedurii de FIV eliberat de un medic specialist în obstetrică-ginecologie cu supraspecializare FIV și reproducere umană asistată medical, angajat sau colaborator al unității sanitare pentru care optez;
- Sunt/suntem asigurată/asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

Anexez prezentei actele doveditoare celor declarate anterior:

- Copie/copii conformă/conforme cu originalul a cărții/cărților de identitate (C.I.);
- Declarație pe propria răspundere că nu am beneficiat sau nu beneficiaz de un sprijin financiar aferent unui alt program cu același scop, finanțat din fonduri publice, derulat în anul în curs la nivel local sau central;
- Document din care să rezulte diagnosticul de infertilitate/o afecțiune incompatibilă cu reproducerea pe cale naturală, precum și indicația medicală pentru realizarea procedurii de FIV eliberat de un medic specialist în obstetrică-ginecologie cu supraspecializare FIV și reproducere umană asistată medical, angajat sau colaborator al unității sanitare pentru care optez;
- Adeverință eliberată de Casa de Asigurări de Sănătate sau orice alt document oficial care să ateste calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- Acord individual privind prelucrarea datelor cu caracter personal .

Menționez că optez pentru clinica

Semnătură/Semnături

Data